

Auszugsweise aus www.melhorn.de/Schlaganfall/ (9.2.2023: Link nicht mehr aktiv)

Original-Publikation erschienen in
HP-Heilkunde Heft 2/1983, S. 39-51

in der Rubrik "Teleskop" (Weitblick auf Wichtiges)

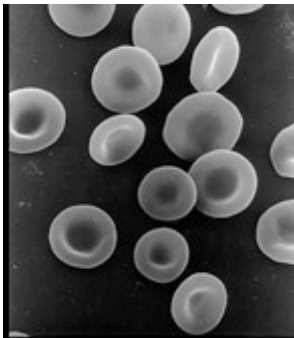
Autor: Dr. med. Berthold Kern/Stuttgart

Teil IV des Artikels

Verhütung von Schlaganfällen durch Entsäuerung mit der Analogie zum Herzinfarkt

Nach neueren Einsichten ist auch der Schlaganfall — Hirnschlag, Apoplexie — eine Übersäuerungs-Katastrophe, und zwar im Gehirngewebe, gleichartig dem Herzinfarkt, der schon lange als Übersäuerungs-Katastrophe im Herzmuskelgewebe aufgeklärt ist.

Beide Katastrophen beruhen auf örtlichen Gewebsuntergängen (Nekrosen) im Organ und beide entstehen durch örtliche Blockaden des Blut-Durchflusses (Ischämien) in Gewebs-Kapillaren, denn im sauren Milieu können sich die abgeflacht kreisförmigen roten Blutkörperchen (Erythrozyten) nicht in eine torpedoartige Gestalt verformen, um durch die dünneren Gewebs-Kapillaren zu strömen zur Sauerstoffversorgung des Gewebes.



Aufnahme von Erythrozyten im Rasterelektronenmikroskop: 6-8 µm Durchmesser

13. Maßnahmen

Drei Indikationsgruppen

Diesen Mißständen, Gefahren und Folgen kann der Therapeut entgegenwirken durch Gabe von entsäuernden Elektrolyten oder Elektrolytgemischen. Unter ihnen ist besonders wichtig das **Bikarbonat** als der körpereigene, naturgeschaffene Entsäuerungsstoff, der auch die schnellste, direkteste Wirkung hat.

Drei Indikationsgruppen haben sich in der Praxis herausgebildet und bewährt:

13.1. Die diagnostische Probebehandlung

Sie ist bei älteren Menschen angezeigt, mit saurem Urin und Erscheinungen, die auf Hirnazidose verdächtig sind (Schwindel, Kopfdruck, Benommenheit usw.; siehe unten).

Hierfür trinkt der Patient etwa drei Wochen lang dreimal täglich je 5 Gramm Natron (Natriumbikarbonat) in Wasser gelöst, nach den Mahlzeiten. Am einfachsten als Kaisernatron-Tabletten zu 1 Gramm; drei Büchsen mit je 100 Tabletten für 20 Tage.

Ist während dieser Zeit das Hirnbefinden deutlich gebessert oder symptomfrei (siehe unten), so deutet dies auf Beseitigung einer Azidose, die zuvor das Gehirn biologisch beeinträchtigt hatte. Dann sollte weiterhin auf Dauer entsäuert werden, damit das Gehirngewebe nicht durch die Stoffwechselanomalie weiter geschädigt wird, gar in eine Katastrophe gerät.

Diese Probeentsäuerung läßt auch abgrenzen gegen nichtazidotische Hirnsymptome, die dabei nämlich unbeeinflußt bleiben (Zervikalschwindel u.a.).

[Zum Inhaltsverzeichnis](#)

13.2. Die Dauer-Entsäuerung.

Hat sich die Probeentsäuerung als vorteilhaft erwiesen, so folgt zur Rezidivprophylaxe die Dauer-Entsäuerung.:

Sie sollte in der Regel so bemessen sein, daß das Urin-pH durchschnittlich um 7,5 liegt.

Das entspricht dem erforderlichen Gleichgewichts-Sollwert des Blutes (etwa über 7,4) und zeigt an, dass die Nieren weder einen Säure- noch einen Basenüberschuß aus den Geweben zu eliminieren haben.

Damit ist mindestens der ernährungsbedingte Säuerungseffekt beseitigt (oben: Punkt b). Das ist biologisch selbst dann wichtig und vorteilhaft (s.u.), wenn die Säurebildung dadurch im geschädigten, gealterten Organ (Gehirn) nicht gemindert

wird (Punkt a); außerdem dann, wenn die Fließfähigkeit des Blutes noch nicht beeinträchtigt ist.

Therapieziel ist dabei das Verschwinden und Wegbleiben von Azidose-Hirnsymptomen. Wo es ausnahmsweise nicht schon bei pH 7,5, sondern erst bei pH 8 erreicht ist - ,je nach Stärke der Säurebildung und Säureempfindlichkeit des Gehirns - da ist dann auf diesen Wert zu dosieren.

Für solchen Langzeitgebrauch (oft lebenslang) empfiehlt sich ein entsäuerndes Elektrolytgemisch mit verschiedenen lebenswichtigen Kationen.

Dessen Zusammensetzung:

Natrium bicarbonicum 700,0

Kalium bicarbonicum 100, 0

Calcium citricum 50,0

Magnesium citricum 150,0

(Hinweis von Heilpraktiker Melhorn: Dr. Kern hat die Rezeptur seit Erstveröffentlichung des Artikels in den Zusatzstoffen zum Natriumbicarbonat mehrfach geändert. Die obige Mischung ist eine solche Veränderung, die ich bei meinen Patienten seit Jahren erfolgreich einsetze.)

Erfragen Sie in Ihrer Apotheke den Preis dieser Mischung..

Die Apotheke am Markt in Ellwangen, **Tel. 07961-2582** oder E-mail: **Apotheke-am-Markt-Ellwangen@t-online.de** oder www.schwabengesundheit.de liefert Ihnen - gegen Vorkasse - 1 Kilogramm dieser Pulvermischung, **für zusammen 20 Euro**, einschließlich Porto. Wenn Sie es woanders billiger bekommen, lassen Sie es mich bitte wissen.

Die Tagesdosis (oft z.B. 1 oder 2 gehäufte Teelöffel) wird morgens in größerem Glas Wasser oder Tee gelöst und in mehreren Portionen über den Tag verteilt getrunken.

Das Urin-pH wird mit handelsüblichen Farbindikatorstreifen kontrolliert - z.B. Neutralit Merck, Art.-Nr. 9533.

Die meisten Patienten erlernen rasch, den Urin zuverlässig zu kontrollieren. Ist der Wert zu sauer (unter 7,5), so muß die Dosis erhöht werden; und umgekehrt. Hat sich die Tagesdosis in durchschnittlicher Höhe gut eingespielt, so genügen Kontrollen in größeren Abständen (z.B. zweimal im Monat).

(Hinweis von Heilpraktiker Melhorn: Mir hat sich bei meinen Patienten bewährt, ebenfalls mehrfach am Tag den Urin testen zu lassen und dann, wenn der ph-Wert des Urins zu niedrig ist, Pulver zu nehmen - bis zu einem gehäuften Esslöffel. Dabei überlasse ich es dem Patienten, selbst herauszufinden, wie viel Pulver er zur Erreichung des Therapiezieles jeweils einnehmen muss. Da die Übersäuerung der Patienten gerade in der heutigen Zeit, mit ihrer fragwürdigen Ernährung und den anhaltend, bezw zunehmend vielen Stressoren, allgemein zugenommen hat, dauert es oft viele Monate, bis der Patient weitgehend dauerhaft ph-neutral ist. Jedenfalls sage ich meinen

Patienten, dass sie diese Überwachung in der Regel lebenslang machen sollten - so wie ich dies auch schon seit über dreißig Jahre täglich mache.)

Nur in seltenen Sonderfällen (z.B. Niereninsuffizienz) muß die Zusammensetzung des Elektrolytgemisches individuell angepaßt werden.

Eine ernährungsbedingte Azidose kann „theoretisch“ auch durch Ändern der Kostgewohnheiten behoben werden. Praktisch ist das jedoch aus Hinderungsgründen verschiedener Art oft nicht erreichbar. Dann ist die Gabe solch entsäuernder „Nahrungsergänzung“ notwendig.

Dabei gilt: Je mehr der Patient ein Übermaß an säuernder Nahrung meidet, desto geringer wird sein Bedarf an Zusatzentsäuerung.

Auch dies ist aus dem Urin-pH ablesbar.

Und im Licht der neuen Erkenntnisse läßt die alte ärztliche Erfahrung aufhorchen, dass in Ländern mit basenüberschüssigen Kostgewohnheiten auffallend weniger Apoplexien vorkommen als in Ländern mit hohem alimentärem Säureüberschuß!

[Zum Inhaltsverzeichnis](#)

13. 3. Akute Notfälle.

Präapoplektische Zustände und beginnende Apoplexien (Beispiele siehe unten) verlangen schnellste Gabe von 8-10 Gramm Natriumbikarbonat (8-10 Tabletten Kaisernatron) in Wasser gelöst zu trinken.

Das Mittel beginnt seine Wirkung am schnellsten (oft schon nach 15-20 Minuten) dann, wenn es - in körperwarmem Wasser gelöst - in den leeren Magen gelangt; langsamer, wenn in kaltem Wasser gelöst und/ oder in vollen Magen getrunken.

Eine Hochdosierung mit schnellstmöglichem Wirkungsbeginn ist hierbei wichtig: Das Mittel soll und muss ja gerade bei beginnender Erythrozytenstarre (**Durchfluss-Ischämie**) im spärlicher gewordenen Blutstrom noch so konzentriert enthalten sein, daß selbst hier seine Absolutmenge pro Zeiteinheit, seine entsäuernde Kraft (Valenz) örtlich ausreicht, um die Teufelsspirale (Abschnitt 9) anzuhalten, zurückzudrehen.

Dabei steigt zwar das Urin-pH auf höhere Werte (8 oder mehr), weil aus den nicht-übersäuerten Körperbereichen überschüssiges Entsäuerungs-Potential durch die Nieren ausgeschieden wird. **Doch ist das ja unbedenklich; es ist zur Rettung des gefährdeten Organs sogar nötig. Hierbei kann eine Überdosierung nicht schaden; aber eine Unterdosierung kann tödlich ausgehen.**

Ist die Katastrophe abgewendet, so ist eine Natrongabe um 5 Gramm am gleichen Tag noch ein- oder zweimal zu wiederholen.

Ein noch frisch säuregeschädigtes Gehirn ist gegen erneute Säureschäden besonders anfällig.

Dann ist zwecks weiterer Entsäuerung (Rezidivprophylaxe) vorzugehen, wie unter „Zweitens“ - evtl. mit Zwischenmaßnahmen wie unter „Erstens“.

[Zum Inhaltsverzeichnis](#)

14. Praxiserfolge

Seit 1978 wurden diese Entsäuerungsmaßnahmen zur Hirnbesserung und Schlaganfallverhütung zunehmend durchgeführt - um so häufiger und exakter gezielt, je mehr die Ergebnisse dies ermutigten, ja verlangten.

Es ist der **außerklinische** Medizinbereich, der hiernach Bedarf hat; der das Krankengut dieser Art sieht und zu betreuen hat; der sich Prinzipien und Methoden dazu selbst entwickeln muss; der dann diese Prinzipien und Methoden aus den Ergebnissen verbessern, bestätigen kann und muss; dem es obliegt, darüber zu berichten.

Dem **klinischen** Sektor fehlt es hierzu an Zuständigkeit, Bedürfnis, Möglichkeit — er sieht die vielen Kranken dieses großen Problemgebietes entweder gar nicht - weil sie nicht krankenhaushausreif sind - oder er sieht sie erst zu spät, wenn sie nach längst nicht mehr beeinflussbarer Hirnkatastrophe in eine Kranken- oder Pflegeanstalt gehören.

Dem Kliniker ist hier, wie auf anderen Gebieten verwehrt, Prophylaxe zu treiben; Krankheits-Vorstadien und -Anfänge zu analysieren, zu korrigieren; vor allem zu erkennen, wie sie Zustandekommen und wie nicht.

Darum bleibt der Kliniksektor allzu leicht auch jener herkömmlichen Arterio-„Sklerose“-Lehrhypothese (11) verhaftet, die ihn zu tragischem Resignieren missleitet. Denn um deren tödliche Unstimmigkeit zu erkennen und zu bereinigen, mangelt ihm Anlaß, erworbenes Wissen und Auftrag.

Aus den Praxiserfahrungen sei zunächst über **leichtere Hirnstörungs-Erscheinungen** berichtet.

Sie sind bei älteren, hirnbeeinträchtigten Menschen mit azidotischem Stoffwechsel und Harn häufig.

Diese Kranken klagen z.B. über Schwindel, der das Gehen bisweilen nur mit Festhalten, Stock oder Stützung gestattet; über Benommenheit; dumpfe Kopfmisshandlungen, die oft (nicht ganz exakt) mit „Kopfschwere“ oder „Kopfdruck“ umschrieben werden; das Denken ist mühsamer, verlangsamt, erschwert, benebelt („Mattscheibe“), weniger effektiv; das

Assoziationsvermögen ist reduziert; Gedächtnis und geistige Regsamkeit lassen in diesem Zustand auffallend rasch nach (schneller als die „Alterung“); die Stimmungslage ist verschlechtert, sie wird von den Kranken und ihrer Umgebung als depressiv, ängstlich, mürrisch, reizbar empfunden; der Bewegungstyp ist (noch über etwaigen Schwindel hinaus, der ohnehin Behutsamkeit verlangt) mühsamer, unbeholfen, verlangsam, eingeschränkt; das Gehen ist (ebenfalls über einen Schwindel hinaus) „unsicher“, die Kranken stolpern oder fallen eher ohne adäquaten Anlaß — und andere, analoge Symptome organischer Beeinträchtigung (Dysthesie) des Gehirns.

Diese Erscheinungen entwickeln sich einzeln oder in verschiedensten Kombinationen, die kommen und gehen können, lange ausbleiben, auf bestimmte Anlässe wiederkehren, sich auch in Crescendo-Verläufen bis zu Präapoplexien und Apoplexien verschlechtern.

Auf Entsäuerung berichten die Kranken oft beglückende Besserung: Kein Schwindel mehr; Benommenheit und „Kopfdruck“ sind behoben; das Denken, Gedächtnis, Assoziieren arbeitet wieder frischer, klarer, ohne „Mattscheibe“, schneller, müheloser, erfolgreicher („Kreuzworträtsel sind wieder doppelt so schnell gelöst“); die Stimmungslage ist nicht mehr so schlecht, sondern „fröhlich“, „das Ängstliche ist weg“; das Gefühl der Kopfschwere“ ist verschwunden, der Kopf ist wieder „leicht, frei“; der Bewegungstyp ist wieder agiler, rascher, sicherer, „jugendlicher“; Mimik, geistige Regsamkeit und „Aussehen“ (Turgor, Farbe usw.) sind verbessert; „an Leib und Seele prima“; die Kranken fühlen sich und wirken der Mitwelt bisweilen „um zehn bis fünfzehn Jahre jünger“, und Analoges mehr.

Der Erfolg tritt rasch ein - nach hoher Anfangsgabe eines schnell wirkenden Elektrolyts (siehe oben) schon in etwa (fünfzehn bis) zwanzig Minuten, sonst am ersten oder zweiten Tag. Er hält an, solange regelmäßig mit vollwirksamen Dosen entsäuert wird.

Doch muß die Therapie meist dauernd fortgesetzt werden. Mit ihrem Aufhören sinkt das Urin-pH oft schon am nächsten Tag auf die vorherigen Azidosewerte ab, d.h. der Gewebsstoffwechsel verfällt wieder in seine vorherige Säuerung und bald kommt es wieder zu jenen Hirnsymptomen. Auf neue Entsäuerung tritt dann der Erfolg meist ebenso schnell und gut wieder ein.

Exakt beobachtende Kranke spüren auch geringe Quantitätsunterschiede: Bei Urin-pH 7,5 ist ihr Zustand merklich besser als bei nur 7,0. Daher sollte — wo das Ergebnis noch nicht befriedigt — versucht werden, ob noch kräftigeres Entsäuern den Hirnzustand nicht noch weiter bessert.

Bei diesen Kranken besteht also zwischen Hirnzustand und einer Azidose bzw. Entsäuerung eine unverkennbare Korrelation. Diese ist nach Richtung, Maß und Zeit dabei so eng und so leicht zu reproduzieren - so erfolgreich nutzbar! - daß sie nicht einfach „immer bloß zufällig auf transitorischen Spontanschwankungen unabhängig von Azidose und Entsäuerung“ beruhen kann (wie schon unkritisch über-„kritisch“ vermutet wurde), sondern sie deutet auf echte Kausalität.

Und diese Kausalität kann nur stoffwechselchemischer, nicht arterio-„sklerotischer“ Natur sein - dies ergibt sich zusätzlich aus der Wirkungsweise der Therapie, als Bestätigung jener Einsichten nach Abschnitten 4-9.

Selbstverständlich gibt es auch eine azidose-unabhängige Hirnalterung mit zunehmenden (wenngleich meist anderen) Hirnfunktionsstörungen. Und naturgemäß kann eine Alterung - so wenig wie eine nicht-azidosebewirkte Störung (z.B. Parkinson) - je durch Entsäuern beeinflusst werden.

Das Verschwinden so vieler Hirnazidose-Symptome unter Entsäuern sollte dennoch davon abhalten, auch diese Hirnfunktionsstörungen unbesehen und resignierend eben als „normale Alterserscheinungen“ abzutun („ja, ja — das Alter!“) und damit unkorrigiert ihrer Selbstverschlechterung zu überlassen - oder sie gar einer arterio-„sklerotischen“ Adernverfettung oder „Verkalkung“ zuzuschreiben.

In präapoplektischen Notsituationen durch akute Verschlimmerung einer Hirnazidose sind die Entsäuerungserfolge noch sinnfälliger, für die Kranken noch eindrucksvoller.

Hierzu nur drei Beispiele:

- L.Di., Witwe, **71 Jahre**. Hypertonie, leichter Diabetes. Schon früher Symptome azidotischer Hirndysthesie. Seit mehr als 24 Stunden starker Schwindel; kann nur unsicher unter Festhalten umhergehen; Kopf benommen; Sprechen erschwert, verlangsamt; Beweglichkeit der rechten Hand gestört, kann Löffel kaum festhalten; gespanntes Mißbehagen mit Zittrigkeit, Verstimmung.
Sofort rasch wirkendes Entsäuerungsgemisch - hochdosiert - zu trinken gegeben.

Zehn Minuten später schon „ruhiger“; Zittrigkeit schwindet; wohler; Schwindel deutlich vermindert. **Zwanzig Minuten nach dem Trinken** ist der Schwindel ganz abgeklungen; Patientin kann wieder rasch und sicher frei umhergehen; Sprache und Handbeweglichkeit nicht mehr gestört; Kopf wieder frisch und klar. Beglückt: „Jetzt ist wieder alles ganz normal!“

- E.He., Rentner, **84 Jahre**, Hypertonie, Diabetes. Schon früher azidotische Hirnstörungen, auch kleinere „Schlägle“, jetzt seit 1-2 Stunden rasch zunehmend (wie damals vor den „Schlägeln“) wieder heftiger Schwindel; kann nur noch - unter Festhalten und Geführtwerden - mühsam, langsam und unsicher gehen; stark benommen; wortkarg; Verwirrtheit in Tun und Rede; Sprechen erschwert.
Sofort raschwirkende Entsäuerungslösung - hochdosiert - zu trinken gegeben.

15-20 Minuten später (nach Worten der Ehefrau) „wie umgewandelt“: Benommenheit und Verwirrtheit verschwunden; wieder geistig klar und frisch; normale Gesprächigkeit und Sprechtechnik; kein Schwindel mehr; geht wieder ohne Hilfe mit raschen Kehrtwendungen frei im Zimmer hin und her.

- C.We., Rentnerin, **73 Jahre**. Korpulenz, labiler Diabetes, der bisweilen unter Infekten entgleist und Azidose bildet. Hausbesuch wegen fieberhafter Grippe. Zunächst leichte („febrile“) zerebrale Benommenheit, doch gut orientiert; klares Gespräch möglich. Dann aber im Beisein des Arztes Verschlechterung: kaum noch Reagieren; alsbald auch Sprachlähmung; Arm und Hand rechts schlaff unbeweglich. **Eine rasch zubereitete**

entsäuernde Elektrolytlösung wurde gerade noch mit Mühe eingelöffelt und geschluckt.

Etwa 15 Minuten später konnte die Kranke wieder klar reagieren; sprechen; Arm und Hand bewegen; aus dem Bett aufstehen und im Zimmer gehen.

Unter laufender Entsäuerung - jeweils nach Bedarf und Erfolg dosiert - werden in solchen Fällen weitere „Attacken“ zuverlässig verhütet und damit auch Insulte, die aus ihnen hervorgehen könnten.

Anders aber nach Aufhören der Entsäuerung.

Auch dafür ein Beispiel:

- S.Fi., Hausfrau, **71 Jahre**. Seit dem 62. Lebensjahr drei Hirnschläge; der dritte mit so schweren Folgen, dass der Klinikchef die Patientin als nicht mehr besserungsfähigen, bettlägerigen Pflegefall nach Hause entließ.
Dann auf Entsäuerungsmaßnahmen rasch wesentlich gebessert: geistig frischer, klarer, regsamer; konnte wieder außer Bett sein, auch etwas umhergehen. Ihre drei Therapeuten (Klinikchef, Hausarzt, Heilpraktiker) nannten dies unabhängig voneinander ein noch nie erlebtes „Wunder“, das nach bisheriger Erfahrung nie hätte erhofft werden können. **Unter weiterer Entsäuerung gleichbleibend guter Zustand.**

Dann aber unterließ die Kranke ihre Entsäuerung („weil es doch so gut geht“). Wenige Wochen später erneute Verschlechterung der Himsituation, dann der vierte Schlaganfall, der zum Tode führt.

Die Angehörigen rückblickend: „Hätten wir nur weiter entsäuert! Hätten wir doch schon vor dem ersten Schlaganfall entsäuert! Dann wäre alles anders gekommen!“

Selbst schwere, weit vorgeschrittene Schlaganfälle können sich *im Anfang* unter Entsäuerung noch erstaunlich gut zurückbilden.

Ein Beispiel hierfür:

- E.Ha., Pensionär, **70 Jahre**. Schwerer Schlaganfall, der mit leichter Benommenheit und Sprachstörung begann, dann innerhalb 30-40 Minuten zur massiven Hemiplegie rechts mit Sprachlähmung, dann zu tiefem Koma fortschritt.

Der Arzt kam etwa 15 Minuten nach Beginn der Benommenheit hinzu, als zwar schon Sprachlähmung auftrat, doch erst leichte Schwächung in rechtem Arm und Bein entwickelt war.

Sofort rasch wirkendes Entsäuerungsmittel - konzentriert gelöst - dargeboten.

Aber wegen der fortschreitenden Parese gelang ein Trinken aus dem Glas, schließlich auch ein Schlucken der in Seitenlage eingelöffelten. Lösung immer langsamer und schlechter, zuletzt (wegen Schlucklähmung) gar nicht mehr. Es konnte nicht die ganze, zuge dachte Dosis einverleibt werden.

Daraufhin alsbald Weiterverschlechterung des Zustandes zu schlaffer Halbseitenlähmung rechts, dann zu tiefem Koma mit Deviation conjuguee der Augen nach links oben, Wangenblasen rechts, Harninkontinenz usw.

Während der ganzen, gleichmäßig langsamen Abwärtsentwicklung blieb der Puls aber stets kräftig, normalfrequent, ohne Herzaussetzen; die Durchblutung des Gesamtorganismus ungestört (Gesicht sogar enorm gerötet) - nach Befunden und Verlauf war es also ein „echter“ (primär zerebraler) Schlaganfall und ausgeschlossen dessen Alternative: eine „Synkope“, d.h. eine plötzliche kurze Ohnmacht, durch plötzliches kurzes Herzaussetzen mit Durchblutungsausfall im Gesamtorganismus, Blässe usw. Solche Synkope (Pulspause) hätte ohnehin nur wenige Augenblicke andauern können, sonst wäre sie rasch tödlich ausgegangen; auch hätte sie den arteriellen Blutstrom nicht nur zu der einen Hirnhälfte sperren, zum übrigen Gehirn und Organismus aber ungestört lassen können (wie hier geschehen).

Nach klinischer Erfahrung war eine „transitorische“ Rückbildung solch schweren Schlaganfalls jedenfalls nicht bald und nicht mehr wesentlich zu erwarten.

Als gescheitert erschien daher auch der Versuch, hier noch rechtzeitig mit ausreichender Entsäuerung die Katastrophe abwenden zu wollen.

Schon wegen der Schlucklähmung war jedenfalls Klinikeinweisung nötig und um diese telefonisch zu veranlassen, war der Arzt etwa 25-30 Minuten abwesend. Als er jedoch zum Kranken zurückkehrte, hatte sich inzwischen das nicht mehr Erhoffte doch noch ereignet: Der Kranke war wieder bei Bewusstsein, konnte schlucken und sprechen; erfreut demonstrierte er, dass er beide Arme und Beine wieder gleich gut bewegen konnte; etwas "müde"; doch dankbar lächelnd berichtete er, „alle“ Veränderungen seines Zustands, „alle“ Gespräche und Maßnahmen um ihn mitverfolgt zu haben und belegte dies zutreffend durch Detailangaben (mit Ausnahme der Komaphase).

Die Klinikaufnahme war jetzt zwar therapeutisch nicht mehr nötig, doch geschah sie noch vereinbarungs- und nachsorgehalber.

Es war es aufschlussreich, wie der Klinikchef reagierte: Über den guten Zustand des (ihm wegen komatöser Hemiplegie angekündigten) Kranken war er nicht erfreut, sondern ratlos, er bestritt daher das Vorgefallene! Tatsächlich kann sich ja nach bisherigen Kenntnissen ein Schlaganfall dieser Art und Schwere weder spontan-transitorisch, noch unter bisherigem Therapiebemühen so rasch und gut zurückbilden; es „könne“ daher kein Schlaganfall, nur eine Synkope durch Herzaussetzen gewesen sein. **Und zum Verhüten eines Rückfalls ließ er auch nicht etwa weiter entsäuern (was er als bislang unbekannt ablehnte), sondern einen elektrischen Herzschrittmacher einpflanzen.**

Beobachtungen dieser Art und ihre Konsequenzen sind in mancher Hinsicht bemerkenswert.

Sie bestätigen zunächst, daß sich solche Katastrophen dank ihrer azidotischen Entstehungsweise oft langsamer entwickeln, als bisherige Theorien zu vermeintlicher Verursachung aus akutem Arterienverschluß dies erwägen oder zulassen durften.

Daß daher sogar im komatösen Lähmungsstadium ihre Rückbildung zeitlich noch länger möglich ist, als bisherige Rückbildungsversuche (oder was dafür galt) je haben erkennen lassen können.

Wenn überdies hier Erfolge eintreten, die herkömmlich als unmöglich erklärt werden, so zeigt dies:

Wirksam wurde hier ein neues Therapieprinzip, dem die bislang herrschende Lehre keinen Raum, keine Nutzung gewährt hat. Es ist das **Azidose-Entsäuerungs-**

Prinzip, wie aus der Art der Maßnahmen, aus den Vorarbeiten zu ihrer Entwicklung, sowie aus den Resultaten ihrer Nutzung hervorgeht.

Damit aber muss ein Verlauf wie in dem letzten Beispiel auf neue Weise interpretiert werden:

als ein dramatischer Wettlauf zwischen der vorausgeeilten Hirnazidose mit der Folge wachsender Kapillar-Durchflusshemmung einerseits und den nacheilenden Entsäuerungselektrolyten andererseits, die ja erst nach etwa 15-20 Minuten zu wirken anfangen und bei denen daher zweifelhaft war, ob sie es in ihrer beschränkten Dosis noch eben rechtzeitig (vor endgültigem Gewebstod) schaffen könnten, den Kapillarstrom wieder freizumachen und dadurch die Azidose in den Schadenszentren der linken Gehirnhälfte wieder zu entsäuern.

Dann aber gilt auch:

Wo dies gelingt (wie in jenen Beispielen), da sollte man dies als Zustimmung der Natur zu einer naturrichtig programmierten Maßnahme verstehen und sollte es nicht ablehnen, sondern nutzen. Hier also: Das Entsäuerungspotential der Natur (Abschnitt 12) so zu verstärken, daß es auch im Notfall noch Azidoseschäden abwendet, die es ohne Mithilfe des Arztes nicht mehr abzuwenden vermag.

Einfügung von Heilpraktiker Melhorn:

Die Zweckmäßigkeit (Notwendigkeit) dieser Gabe auch in dramatischen und/oder 'zu späten' Schadensstadien ist m.E. unzweifelhaft:

- **74-jährige** Patientin; erlitt wohl gegen 6.00 Uhr in der Küche am Herd einen Schlaganfall, wobei sie mit dem Gesicht auf die heiße Kochplatte fiel, wie die Verbrennungen bewiesen; wurde erst gegen 6.45 Uhr gefunden; nicht ansprechbar, röchelnde, unterbrochene Atmung. **Sofortige Gabe von Entsäuerungspulver, das ihr unter Ausnutzen des Schluckreflexes löffelweise eingebläst wurde, soweit das bis zum Eintreffen der Sanitäter möglich war.**

Beim Eintreffen der Sanitäter - die von Entsäuerung bei Schlaganfall noch nichts gehört hatten - ist die Patientin noch immer bewusstlos; Notarzt veranlasst Klinikeinweisung; beim Verbringen in den Rettungswagen ist sie dann jedoch bereits wach - etwa 25 Minuten nach erster Gabe des Entsäuerungsmittels.

Beim Besuch von Angehörigen um 11.30 Uhr ist eine 'Unterhaltung' möglich: Patientin ist bei klarem Bewusstsein, sehr geschwächt, halbseitig gelähmt und kann nicht sprechen, verständigt sich aber durch freies Bewegen des linken Armes. Sie erwartet interessiert weiteren Besuch gegen Abend.

Was in der Klinik mit ihr gemacht wurde, ist im Einzelnen unbekannt. Jedenfalls keine Entsäuerung!

Gegen 15.00 Uhr Anruf bei mir, die Patientin sei überraschend verstorben.

Es war meine Mutter.

Im Laufe der Jahre wurden immer wieder Schlaganfallpatienten im Krankenhaus behandelt, ohne

dass dies dort bekannt wurde. Die Angehörigen brachten einfach Entsäuerungsmittel mit und die Betroffenen nahmen sie dann ein. Schließlich hat es keinen Sinn, mit einem Arzt zu streiten, der von so was noch nichts gehört hat und schon daher dagegen ist. In jedem Fall war aber daraufhin eine so rasche und deutliche Verbesserung zu verzeichnen, dass die behandelnden Ärzte über diese plötzliche Erholung immer wieder erstaunten, wie berichtet wurde.

Jedenfalls habe ich gerade auch dann sehr gute Erfahrungen mit der Entsäuerung gemacht, wenn die Schlaganfälle manchmal schon einige Zeit zurück lagen, sich die Patienten aber weiterhin nicht sonderlich gut und stabil fühlten und daher zu mir kamen.

Einen solchen Fall möchte ich dabei deshalb besonders hervorheben, weil er mir für die m.E. weitgehend **ernährungsbedingte** Entwicklung zu Schlaganfällen hin geradezu typisch scheint:

- Sachbearbeiterin, **33 Jahre jung**, schlank. Vor Wochen Schlaganfall mit Sprachverlust und halbseitiger Lähmung. Die Akutbeschwerden sind zwar weg, aber sie kann nicht arbeiten, ist völlig "fertig", unkonzentriert u.a. Nach konsequenter Entsäuerung i.S.d. Dr. Kern ist die Patientin rasch wieder voll arbeitsfähig und nach eigener Aussage "fit wie ein Turnschuh" - aber sie hat danach auf mein Anraten hin auch konsequent die Ernährung umgestellt - weg vom tierischen Eiweiß - und muss weiterhin ständig auf ihre Entsäuerung achten, sonst kommt es zu ersten, leichten Rückfallbeschwerden, die nach Entsäuerung aber sofort wieder behoben sind. Die Patientin wird ein Leben lang auf ihre Entsäuerung achten und auch achten müssen.

[Zum Inhaltsverzeichnis](#)

Teil V des Artikels

Verhütung von Schlaganfällen durch Entsäuerung mit der Analogie zum Herzinfarkt

Nach neueren Einsichten ist auch der Schlaganfall — Hirnschlag, Apoplexie — eine Übersäuerungs-Katastrophe; und zwar im Gehirngewebe, gleichartig dem Herzinfarkt, der schon lange als Übersäuerungs-Katastrophe im Herzmuskelgewebe aufgeklärt ist.

Beide Katastrophen beruhen auf örtlichen Gewebsuntergängen (Nekrosen) im Organ und beide entstehen durch örtliche Blockaden des Blut-Durchflusses (Ischämien) in Gewebs-Kapillaren.

15. Vier Themenkreise

Vier Themenkreise seien zum Schluß noch angedeutet, damit sich ältere Vorstellungen leichter mit neueren Wissenschaftseinsichten und Praxiserfolgen harmonisieren lassen.

15.1. Zur Sekundärthrombose in Arterien

Wo in einem größeren Azidosegebiet die Blutpassage durch zahlreiche Kapillaren gedrosselt ist, da verlangsamt sich auch in der zuführenden Arterie der Blutstrom - bisweilen unter das Theologische Mindestmaß zum Flüssigbleiben.

Dann - aber erst dann! - kann sich sekundär dort ein Arterienthrombus abscheiden. Dieser ist also erst Folge der Kapillar-Minder-durchströmung (Azidose, Ischämie, Nekrose, Verquellung usw.), nicht aber deren Ursache, denn aus thrombologischen Gründen (Zahn. Aschorf) kann er sich **niemals primär** in einer normal durchströmten Arterie bilden; erst recht nicht in einer „skierotischen“ Engpaßstelle, wo der pulsierende Blutstrom sogar beschleunigt hindurchspritzt.

Auch kann solcher Stagnationsthrombus das Lumen nie völlig verschließen, sondern nur so weit reduzieren, wie das Stromvolumen schon zuvor durch die Kapillarblockaden reduziert war.

Allerdings: Daß ein so entstandener Sekundär-Thrombus seinen Arterienstrom primär nicht drosselt, gilt nur während der Situation seines Entstehens. **Sein Fortbestehen dagegen kann die folgende Erholung behindern:** Nach Abklingen der ischämischen Attacke (TIA) würde auch die Gewebsdurchblutung zwar wieder auf die vorherige Höhe steigen, doch eben dies kann nun ein Arterienthrombus verhindern. Derartige Fälle sind dann Objekt des Chirurgen, der dem Mißstand durch Thrombektomie, Bypass usw. entgegenwirkt und damit bisweilen eine noch mögliche Gewebsbesserung eindrucksvoll in Gang bringt. Doch wichtiger als solche 'Hinterdrein'-Chirurgie ist es, deren Eingreifen im voraus entbehrlich zu machen, d.h. die Entstehungsbedingungen solcher Thromben durch Entsäuern auszuschließen.

(Anmerkung von Heilpraktiker Melhorn : **Diese Aussage ist zu relativieren, was Dr. Kern bereits im Folgenden unter Ziffer 2 tut.** Insbesondere verweise ich hierzu auf seine Ausführungen in dem Artikel: [Bypass und Bypassoperation für das Herz - der 'Koronar-Bypass'](#) : So öffnen sich in der Regel nach einem solchen Thrombus verhältnismäßig rasch Nachbargefäße, und nach dem Ort des unmittelbaren Verschlusses ist die Durchblutung des 'dahinter liegenden' Gewebes bald wieder ebenso hoch, wie vor dem Thrombus - was Bypässe, Stents u.ä. weitgehend überflüssig macht. Überhaupt muss gesehen werden, dass es ein 'dahinter liegendes' Gewebe eigentlich nicht gibt, sondern immer nur ein unmittelbares 'Nachbargewebe' des Thrombus - weil es sich beim Gefäßsystem eben nicht um eine Art starres Rohrnetz handelt, bei dem nach einem Verschluss das angeschlossene Leitungssystem nicht mehr durchströmt wird.)

15.2. Thomas Angiogenesegesetze zur Bildung, Anpassung und Rückbildung von Gefäßen

Diese Gesetze haben auch auf diese Problemgebiete neues Licht geworfen; hier zum Strukturwandel minderdurchströmter Arterien und zur integralen Stromverteilung zwischen der ursprünglichen Hauptarterie eines Gewebsgebietes

und ihrem stets präformierten Netz arterieller Ana-stomosen in und zu diesem Gebiet.

Einerseits: Wo der Kapillardurchstrom durch Azidosen häufig oder dauernd vermindert ist (wie im Gehirn bei Enzephalopathien), da erfahren die zuführenden Hauptarterien oft **sekundäre Veränderungen**, auch **lokale Lumenreduktionen**, die lange Zeit im Sammeltopf „der“ Arterio-„Sklerose“ nicht von anderen „Sklerosen“ unterschieden wurden. Auch sie haben aber nicht diejenige Kausalbedeutung, die ihnen einst zu Unrecht angelastet wurde.

Andererseits: Ob sich im Falle eines wirklich primären Arterienverschlusses (z.B. Embolie, Tierversuch, Unfallfolge) genügend schnell und kaliberstark die stets präformierten **Anastomosen-Arterien** zur überbrückenden Umgehung adaptiv entwickeln oder nicht, hängt vom Kapillarstromvolumen ab (Thoma). Sind die Kapillaren euthetisch genug, um solch adaptiven Netz-Umbau zu gestatten, so entwickeln sich meist „rechtzeitig“ endogene Naturbypässe zur suffizienten Volldurchblutung trotz Totalverschluß der einstigen Zufuhrarterie.

„Rechtzeitig“ heißt: Innerhalb weniger Tage, also mehrhundertfach schneller als das Heranwachsen einer Arterie-„Sklerose“, die auch deshalb in der Regel keine Regional-Anämie bewirken kann (Thoma). Ausnahmen von dieser Angiogenese-Regel machen Kapillaropathien (oft z.B. im Bein), die den Umbau erschweren oder verhindern.

(Anmerkung von Heilpraktiker Melhorn: In der Regel wird **keine** Bypass-Operation innerhalb weniger Tage nach Gefäßverschluss durchgeführt - was aber die 'Notwendigkeit' einer solchen OP damit noch fragwürdiger macht. Insbesondere gilt dies m.E. für jene Bypass-OP's, bei denen ein (drohender) Gefäßverschluss überhaupt nur **deshalb** eher **zufällig** gefunden wurde - was nicht so selten ist! - weil der Patient Beschwerden hat, die durch Entsäuerung und/oder Strophanthin rasch zu beherrschen sind, wie sich dann zeigt. Mancher Patient hat daraufhin die OP schon abgesagt.)

Auch die Angiogenese gilt — wie oben die Thrombogenese — für alle Gefäßgebiete des Menschen.

15.3. Das Grundleiden „der“ typischen (Azidose-) Apoplexien

Das Grundleiden ist eine spezifische **Enzephalopathie**, die nicht durch Arteriopathien verursacht ist und erst neuerdings von sog. „Sklerosen“ differenziert werden konnte.

Diese Hirnsubstanz-Anomalie ist zwar nicht durch Azidose bewirkt - also kann Entsäuern weder ihre Entstehung noch ihre langsame Progredienz verhindern - aber sie bewirkt ihrerseits Hirnazidosen - damit also TAAs, TIAs und Apoplexien; und diese ihre **Folgen** werden dann durch Entsäuern so leicht verhindert.

Nicht dagegen andere Enzephalopathie-Komplikationen, die unabhängig von Azidosen entstehen, wie z.B. intrazerebrale Blutungen durch Arrosion kleiner intraorganischer (also nicht arterio-„skle-rotischer“) Gefäße.

Sie treten auch bei guter Entsäuerung auf, doch heilen selbst riesige Blutungen erstaunlich leicht, schnell und folgenarm ab, wo gut entsäuert wird.
Reziprok also:

Daß Hirnblutungen dieser Enzephalopathien meist so ungünstig verlaufen, beruht weitgehend auf Schäden durch begleitende oder nachfolgende Hirnazidose, wenn deren Entsäuerung versäumt wird.

Wahrscheinlich. erzeugt die Enzephalopathie auch **stromhemmende Kapillaropathien**. Das ist aus der Art von Sekundär-Azidosen, Entsauerungs-Erfolgen, Sekundär-Arteriopathien usw. abzuleiten, bedarf aber noch weiterer Abklärung nach Art und Maß.

(Anmerkung von W.-A.Melhorn: Lesen Sie hierzu den Artikel: [Schlaganfall mit Hirnblutung - Hilfloose Schulmedizin und wie alternative Medizin half](#))

15.4. Wichtiges für Theorie und Praxis

Durch Bluteindickungen (hohe Hämatokritwerte, Polyglobulien, Hyperalbuminämien usw.) werden präapoplektische Syndrome und Schlaganfälle bei Azidosepatienten zusätzlich begünstigt; und blutverdünnende Aderlässe wirken diesem Teilfaktor entgegen.

Auch das erklärt sich nicht aus älteren Arterientheorien, wohl aber aus den neuen Azidose-Rheologie-Apoplexie-Erkenntnissen, die damit bestätigt und bereichert werden:

Je dichter das Blut mit Erythrozyten überfüllt ist, desto eher und folgenschwerer führt eine Hirnazidose zur Erythrozytenstarre mit Stromblockade (Ischämie) in den Hirnkapillaren.

Hämatokritwerte über 42% sind aus mancherlei Gründen nachteilig und sollten durch Aderlässe und Vermeiden einer Eiweißmast gesenkt werden (13).

Das verbessert dann die Durchblutung auch des Gehirns, seine Stoffwechsel-, Funktions- und Gesundheitsmöglichkeiten.

(Anmerkung von Heilpraktiker Melhorn: Bei Frauen liegt der optimale Hämatôkritwert wohl bei 39, bei Männern bei 40.

In der Regel sind Überschreitungen dieser Werte ausschließliche Folge falscher Ernährung und hier insbesondere durch tierische Eiweißmast. Erhöhter Blutdruck aber auch Diabetes (siehe die Ausführungen von Dr. Georg Schnitzer) sind häufig ebenfalls Folge solcher Eiweißmast!

Aderlässe helfen - neben einer unerläßlichen Ernährungsumstellung - langfristig aus der

Problemzone! Dabei empfiehlt sich - unter Überwachung des Hämatokritwertes - die mehrmalige Abnahme von wöchentlich einmalig 100 ml Blut.

16. Ausblick: Schlaganfälle ebenso leicht verhütbar wie Herzinfarkte

Schon an diesen wenigen Ausführungen ist deutlich geworden:

Jene Schlaganfälle, die aus Übersäuerung entstehen, sind durch Entsäuern ebenso zu verhindern, wie jene Herzinfarkte, die aus übersäuernder Dysthesie entstehen, durch entsäuernde Euthetisierung verhindert werden.

Deutlich geworden ist dies als Prinzip.

In den Naturwissenschaften (auch in der Medizin) ist die praktische Nutzung eines Prinzips „serienreif“, wenn sich ein sachrichtig entwickeltes Denkmodell schon in wenigen Versuchsexemplaren als zweckdienlich bewährt hat.

Das geschah für die Hirnattacken- und Apoplexieverhütung ab 1978 in etwa zwei Jahren, so wie sich die 1928 entdeckte Angina-pectoris- und Infarktverhütung - nach etwa zwei Jahren als „serienreif“ publiziert - als sachrichtig entwickelt erwiesen hat.

Infarkt- und Schlaganfall-Verhütungen entsprechen einander auch in anderen Grundlagen und Grundsätzen.

Beide können zwar die Grund-Anomalie (Linksmyokardiopathie, Enzephalopathie), ohne die es ja keinen Infarkt bzw. Schlaganfall gibt, nicht rückgängig machen, doch beide können das Fortschreiten zur Azidosekatastrophe verhindern. Und beide verhüten dies dadurch, daß sie die Vorstufe (Azidose) korrigieren und insoweit die Ursachen (-pathien) unschädlich halten.

Beide Prophylaxemethoden wirken auf stoffwechselchemische Weise gefährlichen stoffwechselchemischen Gewebsanomalien entgegen. In beiden Prophylaxegebieten sind die Vorstufen (Pathien) als Prophylaxe-Zielobjekte allerdings nicht krankenhausbefürftig, vielmehr Domäne der außerklinischen Wissenschaft (Praxis mit Forschung; Abschnitt 12).

Auf beiden Gebieten wird aber der Fortschritt zum Erfolg dadurch gehemmt, daß viele Mediziner sich an ein früheres Arteriosklerosedogma gebunden fühlen und daher glauben, andersartige Erkenntnisse und Erfolge ärztlicher Wissenschaft ignorieren zu müssen.

Beide Prophylaxemethoden sollten jetzt „serienmäßig“ in der außerklinischen Medizin genutzt werden.

Wie für die Herzinfarkt-Prophylaxe seit 1928, so wird eine Massenanwendung auch der Schlaganfall-Prophylaxe zugute kommen :

Die Methoden verbessern; bereichernde Zusatzmaßnahmen hinzuentwickeln; Erfolgsmöglichkeiten abgrenzen; ungeeignete Objekte ausklammern (vgl. Vorbemerkungen, Fußnote);, aus der Beschaffenheit der Erfolgsobjekte das Wesen der Katastrophen immer besser abklären und aus der Wirkungsweise erfolgreicher Maßnahmen die Fehler sachfremder Lehrhypothesen aufdecken und ausscheiden.

**Nur so kann der Therapeut seinen Kranken den Segen zukommen lassen,
den die Natur ihm dafür bereithält.**

(Anmerkung von Heilpraktiker Melhorn:

Der Leser muss sehen, dass die thematische Beschränkung der Entsäuerung auf die Organe Herz und Hirn seiner tatsächlichen Bedeutung im Organismus nicht gerecht wird. Man denke spontan nur an die vielen Gichtkranken, deren Beschwerden oftmals eindrucksvoll und schnell bei gezielter Entsäuerung zurückgehen

Selbstverständlich leiden aber auch Niere, Leber und andere Organe gleichermaßen unter einer Übersäuerung und die positive Wirkung ist dort natürlich die gleiche, wie bei Herz und Hirn. Inwieweit dazu jeweils allerdings überhaupt schon wissenschaftliche Erkenntnisse vorliegen, ist mir nicht bekannt, aber die Richtigkeit einer solchen Annahme steht für mich durch die Praxiserfahrung außer Frage.

Es wäre außerdem ein Leichtes, die Kern'schen Erkenntnisse insbesondere in der Notfallmedizin dadurch einzusetzen, dass bereits jeder Rettungswagen die genannten Entsäuerungsmittel (Natron) standardmäßig bei sich führt und dem Betroffenen dann sofort und *vor allen anderen Maßnahmen* eingibt - bei Infarkt oder Infarktverdacht Strophanthin (oral oder auch intravenös), bei Schlaganfall Natriumbicarbonat (oral oder vielleicht sogar auch intravenös). In der Klinik dann die diesbezügliche Weiterbehandlung.

Fraglos hätte das seit Erstveröffentlichung dieser Arbeit - die aber wegen des generellen Widerstandes der Schulmedizin gegen die Erkenntnisse von Dr. Kern in keinem der sog. 'wissenschaftlich seriösen Ärzteblätter' erscheinen durfte - bereits Hunderttausende vor Schaden oder am Leben erhalten.

Es ist jedenfalls eine Schande für die Medizin, dass dieses Wissen statt dessen verloren gehen sollte. Aber ich denke und hoffe, dass es durch meine Neuveröffentlichung im Internet nun doch noch seinen Weg in die Praxen und an das Krankenbett bahnt - gegen allen Widerstand Andersdenkender!)

Lesen Sie zu diesem Thema ferner:

["Irrlehren über Herzinfarkt und Schlaganfall"](http://www.melhorn.de/Herzinfarkt) - <http://www.melhorn.de/Herzinfarkt>
und

["Schlaganfall mit Hirnblutung"](http://www.melhorn.de/Schlaganfall1/index.htm) - <http://www.melhorn.de/Schlaganfall1/index.htm>

17. Publikationshinweise:

**Zum Kernthema „Apoplexieverhütung durch Entsäuerung“ wurde
- außer einem Vortrag im Kongreßzentrum Palermo am 9.6.1980 -
bis zu obiger Veröffentlichung noch nichts publiziert**

Zu Vor- und Randthemen sei verwiesen auf:

1. B. Kern, Informationsblätter IGI, 1966 ff.
- 2 B. Kern, Der Myokard-Infarkt, Heidelberg (Haug) 1969 (vgl. 4)
3. O. Paulsen, Region. Hirndurchblut. b. ischäm. Attck., Amsterdam (Excerpt.Med.) 1976
- 4 B. Kern, Drei Wege z. Herzinfarkt, 1971. Als Anhang abgedruckt in (2), 3. Aufl. 1974
- 5 H. Zollinger, Allg. Pathologie, Stuttgart (Thieme) 1971
- 6 B. Kern, Zeitschr. f. Allg.medizin 1968, S. 1146
- 7 H. Lichte, Nuklearmed.Untersuch., Monheim (Pharma-Schwarz) 1978; persönl. Mitt.
8. H. Schmid-Schönbein, Rheologie d. Blutes, Wiesbaden (Albert-Roussel) o.J.
9. B. Kern (zur Chemotropie d. Strophanthins), Antworten Ärztl. Praxis 1978, S. 1340 ff. 10 Cohen, Holmberg, Carlsten, Amer.J.Cardiol. 1966 (153), 1967 (486, 492).
11. B. Kern, Monographien in Vorbereitung: über die Myokardiogenie des Herzinfarkts; über Arterio-„Sklerose“ (den Wandel ihrer Thematik, Forschung, Ergebnisse); und zur Infarktverhütung durch Strophanthin: über epistemologische Fakten und Probleme ihrer Rezeption in verschiedenen Heilkunde-Schulen.
12. Zu sonstigen Säure-Basen-Fragen die Monographien von Ehrhardt (Steinkopff), Müller-Plathe (Thieme), Schley (Springer).
13. L. Wendt, „Die Wendt-Therapie“, 1982, zu beziehen beim Verfasser: Friedrichstraße 60, 6000 Frankfurt/M.